

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОРОШЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

И.И. Киприянова, Т.В. Узлова, М.С. Курсанов
Челябинская государственная медицинская академия

В статье проанализированы результаты ультразвукового орошения влагалища и шейки матки в послеродовом периоде у рожениц группы низкого риска по развитию гнойно-септических заболеваний. В первой группе использовали антисептик – 0,05%-ный водный раствор хлоргексидина биглюконата, во второй группе применяли дистиллированную воду. Представлены данные течения послеродового периода. Сравнение результатов лечения проводили на основании: термометрии, изменения показателей ОАК, динамики показателей бактериологического исследования из цервикального канала и нативного мазка, ультразвукового контроля.

Ключевые слова: послеродовой период, гнойно-септические заболевания, ультразвуковое орошение.

Актуальность. Одной из актуальных проблем современного акушерства остаются послеродовые гнойно-воспалительные заболевания [2]. Несмотря на использование огромного арсенала медикаментозных средств, в последние десятилетия частота гнойно-септических заболеваний послеродового периода составляет от 5 до 20 % и занимает одно из первых мест в структуре материнской смертности [4, 5].

Инфекционные осложнения послеродового периода в современных условиях характеризуются рядом особенностей: изменением клинической симптоматики в сторону увеличения стертых форм и атипичного течения, что приводит к запоздалой диагностике [1, 2], и, как следствие, неэффективностью терапии и возможностью перманентного прогрессирования патологического процесса [3]. Наиболее распространенным проявлением послеродовой инфекции является эндометрит, частота которого в общей популяции родивших составляет 3–8 %, а среди больных с послеродовыми воспалительными осложнениями – более 40 %. Частота послеродового эндометрита после патологических родов достигает 20 %, а после кесарева сечения – 25–34,4 % [1, 6]. Осложнениями эндометрита являются такие формы генерализованной послеродовой инфекции, как перитонит, сепсис, септический шок (занимающие одно из ведущих мест в структуре причин материнской смертности) [3, 5]. Это связано с увеличением числа заболеваний, передающихся половым путем, внутриутробным инфицированием плода, осложненным течением родов, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом [2, 4].

В последние годы отмечается также рост анти-

биотикорезистентности микроорганизмов и аллергии женщин [3].

В связи с этим большую значимость приобретают поиски эффективных методов профилактики с многофакторным воздействием на организм без побочных эффектов, сочетающих в себе не только медикаментозную терапию, но и применение физических методов воздействия.

Таким образом, проблема эффективной комбинации ультразвукового орошения шейки матки и влагалища как возможного очага инфекции с другими методами лечения в группах риска по развитию гнойно-септических заболеваний является актуальной и ее решение внесет определенный вклад в разработку стандартов ведения рожениц в раннем послеродовом периоде.

Цель: сравнить результаты профилактики гнойно-септических заболеваний у рожениц группы риска методом ультразвукового орошения шейки матки и стенок влагалища с применением водного раствора 0,05%-ного хлоргексидина биглюконата и дистиллированной воды.

Материалы и методы. С 2011 года в родильном доме клиники Челябинской государственной медицинской академии разработана и внедрена оригинальная методика ультразвукового орошения стенок влагалища и шейки матки в послеродовом периоде. Взято 60 рожениц, угрожаемых по развитию гнойно-септических заболеваний. Женщины были разделены на две группы методом слепой выборки: I группа – 30 пациенток, которым проведено орошение водным раствором 0,05%-ного хлоргексидина биглюконата, II группа – 30 пациенток, которым орошение проведено раствором дистиллированной воды. Обе группы пациенток

Динамика показателей ультразвуковых критериев, %

Группа	Неоднородная структура миометрия		Полость матки более 22 мм		Патологические включения					
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	Сгустки крови		Фибрин		Децидуальная ткань	
					до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
I группа	83,3	0	83,3	0	93,3	0	16,6	0	6,6	0
II группа	76,6	0	86,6	0	84,6	0	16,6	0	0	0

сопоставимы по возрасту, паритету, наличию генитальных инфекций (в том числе инфекций, передающихся половым путем), сопутствующей патологии.

Средний возраст рожениц в I группе составил 27,1 года, во II – 29,2 года.

Всем пациенткам проведено ультразвуковое орошение без дополнительного применения антибактериальных препаратов.

Пациенткам исследуемых групп проводили ультразвуковое орошение стенок влагалища и шейки матки. Для данной методики использовался отечественный аппарат «Кавитар», а также оригинальное вагинальное зеркало, конструкция которого позволяет достичь наибольшей площади воздействия. Ультразвуковое воздействие на стенки влагалища и шейку матки составляло в радиочастотном диапазоне 29 кГц с максимальной мощностью 35 Вт. Сеансы проводили ежедневно, начиная со вторых суток после родов. Температура раствора – 38–40 °С. Продолжительность одного сеанса – 3 мин.

Результаты. Результаты лечения оценивались по следующим параметрам: изменения в показателях ОАК: количество лейкоцитов, количество палочкоядерных нейтрофилов, СОЭ; динамика показателей в нативном мазке из цервикального канала и бактериологическом исследовании; данные ультразвукового исследования: структура миометрия, размер полости матки и наличие патологических включений.

У всех рожениц проводилась термометрия, измерение температуры тела проводили в родах, через два часа после родов, через два дня после родоразрешения. Гипертермии зафиксировано не было в обеих группах.

До лечения абсолютное количество лейкоцитов в ОАК в исследуемых группах не превышало 12×10^9 , процент палочкоядерных нейтрофилов – до 10 %, СОЭ в обеих группах превышала 47 мм/ч.

При бактериологическом и бактериоскопическом исследовании материала из цервикального канала до лечения в I группе роста патологической флоры не обнаружено у четырех человек, во II – у шести человек, после проведенного ультразвукового

орошения роста патогенной флоры не обнаружено у 66 % пациенток I группы и у 80 % пациенток II группы.

Количество лейкоцитов в нативном мазке 20–30 было у 20 % рожениц I группы и у 10 % рожениц II группы, более 30 лейкоцитов – у 13 % и 20 % человек соответственно.

Эпителий 8–10 – у всех пациенток I группы и у 60 % II группы. Микрофлора: в I группе у всех кокки, во II группе кокки у 80 % человек.

После проведенного лечения в данных нативного мазка количество лейкоцитов у большинства было единичным: у 86,6 % человек I группы и 80 % человек II группы. Слизь нет или немного у всех пациенток. Патогенной микрофлоры не было обнаружено ни в одном из случаев.

УЗИ проводили в первые сутки после родов и после проведенного лечения через трое суток. У большинства пациенток (83,3 % – I группа и 76,6 % – II группа) структура миометрия неоднородная, полость матки расширена более чем на 22 мм у 83,3 % пациентов I группы и у 86,6 % пациентов II группы. В I группе были патологические включения: у 93,3 % пациентов обнаружены сгустки, у 16,6 % – фибрин, у 6,6 % – децидуальная ткань; во II группе у 86,6 % пациентов обнаружены сгустки крови, у 16,6 % – фибрин. Оценка проведена после лечения. У всех пациенток структура миометрия однородная, полость матки не превышает 22 мм, патологические включения в полости матки не визуализируются (см. таблицу).

Выводы. На основании полученных результатов проведенного нами исследования видно, что применение ультразвукового орошения шейки матки и стенок влагалища в послеродовом периоде положительно влияет на его течение: наблюдались отсутствие клинических проявлений инфицирования; улучшение показателей бактериологических исследований из цервикального канала, результатов нативного мазка; нормализация показателей ультразвуковых исследований; исчезновение патологических включений, при этом выбор применяемого раствора не сказывался на результатах проведенного исследования. Немаловажным является отсутствие аллергических реакций и противопоказаний для грудного вскармливания.

Литература

1. Вдовиченко, Ю.П. Клинико-патогенетическое значение общих и местных факторов защиты и повреждения при эндометрите после операции кесарева сечения / Ю.П. Вдовиченко // *Акушерство и гинекология*. – 2009. – № 7. – С. 24–28.

2. Гуртовой, Б.Л. Клинико-иммунологические особенности родильниц с послеродовым эндометритом / Б.Л. Гуртовой, Л.В. Ванько, Н.М. Касабулатов // *Акушерство и гинекология*. – 2011. – № 1. – С. 30–34.

3. Гуртовой, Б.Л. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии / Б.Л. Гуртовой,

В.И. Кулаков, С.Д. Воропаева. – М.: Триада-Х, 2004. – 176 с.

4. Серов, В.Н. Клинико-иммунологические особенности системной воспалительной реакции у больных с акушерской и хирургической патологией / В.Н. Серов, Н.А. Хонина, А.Н. Дробинская // *Акушерство и гинекология*. – 2006. – № 2. – С. 36–41.

5. Meisner, M. PCT, Procalcitonin – a new, innovative infection parameter / M. Meisner // *Brahms Diagnostica*. – 2009. – Vol. 3. – P. 38–43.

6. O'Connor, E.B. Procalcitonin in Critical Illness / E.B. O'Connor, B. Venkatesh, J. Lipman // *Critical Care and Resuscitation*. – 2009. – Vol. 3. – P. 236–243.

Поступила в редакцию 14 мая 2012 г.